

ASSOCIAZIONE MEDITERRANEA ALOPECIA AREATA: XV ANNIVERSARIO

Il 24 aprile 2010 si è svolto a Bari nell'Aula Magna della Clinica Dermatologica dell'Università, in occasione del 15 anniversario dalla fondazione della Associazione Mediterranea Alopecia Areata, l'assemblea amministrativa annuale dell'Associazione, alla quale hanno preso parte medici e numerosi pazienti.

L'associazione ANMAA, che si ispira alla NAAF (Fondazione Nazionale Alopecia Areata) americana, ha come finalità quella di promuovere l'assistenza alle persone affette da alopecia areata, educare i pazienti e le proprie famiglie in relazione alla patologia oltre che contribuire alla ricerca scientifica sulle alopecie in chiazze. Negli ultimi anni tra i gruppi di ricerca presenti in Europa il gruppo italiano è stato quello che ha dato sicuramente un più importante contributo alla ricerca in questo campo. Il dr d'Ovidio ha in questo contesto illustrato i risultati delle ricerche più recenti in questa patologia.

E' attualmente in corso presso l'Università degli Studi di Bari uno studio dei fattori di mantenimento della patologia nella fase cronica della AA, il ruolo delle cellule dendritiche, svolto in collaborazione con l'Istituto di Anatomia Patologica e la Clinica Dermatologica. E' inoltre in corso uno studio dei profili di personalità con test neurofisiologici nei pazienti affetti da AA severa e cronica in collaborazione con l'Istituto di Fisiologia Umana e la Clinica Neurologica. Sembrano emergere interessanti risultati sul profilo pre-ipertensivo già identificato dalla Ikeda negli anni 60 e sul tratto "rabbia" che sembra non essere secondario espresso da questi pazienti. Si vuole ora estendere lo studio ai casi al primo episodio di AA.

Sebbene l'esatta patogenesi della AA non sia ancora chiarita, ricerche recenti hanno determinato una maggiore comprensione dei meccanismi che sono alla base della patologia.

Si ritiene che un evento scatenante di vario tipo sia in grado di innescare un processo autoimmune in un soggetto geneticamente predisposto come è dimostrato da numerose evidenze.

Negli ultimi decenni è stato dimostrato il ruolo determinante delle popolazioni linfocitarie che mostrano in effetti variazioni nel numero delle cellule T e delle loro sottopopolazioni nel sangue periferico. I veri effettori del danno follicolare sarebbero i linfociti CD8 attivati e coadiuvati dai CD4 che risultano indispensabili nel favorire il processo autoimmune.

Recentemente è stato ipotizzato un ruolo dei linfociti natural killer nella genesi della AA. Sono ancora pochi ad oggi gli studi sul comportamento in questa patologia delle varie popolazioni di cellule dendritiche responsabili della presentazione di antigeni e autoantigeni ai linfociti T e implicate nella genesi di molte malattie autoimmuni. In condizioni normali il sistema immunitario non è in grado di riconoscere tutti gli antigeni presenti nel follicolo pilifero poiché situati in posizioni non accessibili alle cellule infiammatorie anche per la fisiologica assenza degli antigeni di istocompatibilità di classe I e II e di cellule dendritiche in grado di presentare neoantigeni.

Nell'Alopecia Areata in fase attiva si riscontrano invece numerose cellule dendritiche disposte alla periferia e nel contesto dei follicoli piliferi affetti principalmente a livello della porzione bulbare, area target di questa patologia.

In un discreto numero di pazienti affetti da AA non è possibile rilevare alcun evento scatenante. In gran parte dei pazienti con AA recidivante però i nuovi episodi presentano un andamento stagionale con un incremento delle recidive nei mesi freddi.

Importanza del fenomeno di koebner nella AA: qualsiasi trauma fisico/chimico è in grado di far comparire chiazze alopeciche nelle aree interessate, soprattutto nei pazienti con AA attiva-espansiva, come avviene del resto in molte altre patologie dermatologiche. Nella AA, così come nella psoriasi e nel Lichen, si può attribuire al mastocita il ruolo di cellula trigger del fenomeno di koebner, infatti anche nelle fasi iniziali di AA si riscontra una massiva attivazione mastocitaria con conseguente rilascio di mediatori mastocitari e comparsa di vasodilatazione ed aumento della permeabilità vascolare che sono alla base dell'edema caratteristico delle fasi acute di AA.

Un recente studio ha dimostrato che eventi stressanti possono giocare un ruolo fondamentale come fattori scatenanti la malattia e le sue recidive, ma è stato verificato che è il modo in cui si vive

soggettivamente lo stress e non la sua natura ad influenzare l'andamento della malattia. Frequentemente si riscontra la presenza di traumi infantili in pazienti adulti affetti da alopecia areata. Questo perchè si è visto che proprio nella prima infanzia l'organismo "tara" il sistema ipotalamo-ipofisi-surrene nei confronti della sensibilità/adattabilità agli stress.

L'approccio terapeutico deve tener conto non solo della percentuale di superficie interessata dalla alopecia, ma soprattutto della fase di attività della malattia, in quanto alcune terapie eseguite in fase acuta potrebbero addirittura aggravare le manifestazioni alopeciche. E' quindi indispensabile identificare la fase clinica della malattia attraverso semplici indagini quali il PULL TEST ed il TRICOGRAMMA.

La presenza di capelli spezzati "a punta di lapis" indica che la malattia è abbastanza recente, mentre capelli con bulbo in telogen maturo indicano lesioni in via di stabilizzazione.

CORTICOSTEROIDI vengono usati a livello topico, intralesionale e sistemico soprattutto nelle fasi acute.

L'IMMUNOTERAPIA TOPICA si avvale di sostanze dotate di elevata capacità sensibilizzante che, applicate sulle chiazze alopeciche sono in grado di provocare una dermatite allergica da contatto. Le sostanze utilizzate sono due: il dibutilestere dell'acido squarico (SADBE) ed il difenciprone (DPCP). L'uso di queste sostanze non è ancora consentito negli USA.

L'immunoterapia topica funzionerebbe meglio se praticata nei Paesi caldi in cui la recidività stagionale sembra essere meno frequente.

ANTISTAMINICI: inibiscono anche la sostanza P, che sarebbe importante nello scatenamento di molte forme di Alopecia. La Fenoxfenadina migliora la risposta all'immunoterapia topica

Ebastina : nei maggiori di 12 anni per le forme in chiazze.

Cetirizina: nel lichen plano-pilare e nella pseudopelade di Brocq

Chetotifene <12 anni

L'AROMATERAPIA è un' associazione di 4 oli essenziali (lavanda, rosmarino, timo, cedro dell'atlantico). Nel 50% dei pazienti, soprattutto bambini, si ottiene una buona risposta anche nelle forme severe e nei casi resistenti ai corticosteroidi anche intralesionali, anche di lunga durata.

L'aromaterapia non è però in grado di prevenire e bloccare le recidive ed è poco utile nelle forme universali.

Il DITRANOLO : l'antralina topica è in grado di provocare una dermatite irritativa.

Può essere utilizzata in crema o lozione ad alta concentrazione (1%) per 1 o 2 ore (short contact therapy) o a basse concentrazioni (0,1-0,5 %) per 8-10 ore tutti i giorni.

Rappresenta uno dei trattamenti più indicati in caso di AA della barba e di AA in età pediatrica in quanto scevra da effetti collaterali importanti.

Gli IMMUNOMODULANTI TOPICI (tacrolimus, pimecrolimus) hanno dato risultati clinici incostanti forse per lo scarso assorbimento.

Sulla CICLOSPORINA A ci sono studi contrastanti.

Sono necessarie alte dosi (5mg/kgdie) per raggiungere un risultato terapeutico e la sospensione comporta la comparsa di recidive nella maggior parte dei casi.

Sono addirittura segnalati episodi di AA in corso di trattamenti con ciclosporina assunta per altre patologie.

PSICOFARMACI soprattutto utili gli antidepressivi. Il più efficace sembra essere la paroxetina. L'associazione paroxetina/corticosteroidi determina una migliore risposta poichè gli antidepressivi aumentano la sensibilità al cortisone.

dott.ssa Margherita Vessio margheritavessio@yahoo.it